



# WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 14 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE \_\_\_\_\_

## ADOLESCENCIA: 14 AÑOS

**A SER COMPLETADO POR EL ADOLESCENTE SOBRE SÍ MISMO**

NOMBRE DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO
ALERGIAS	MEDICAMENTOS ACTUALES
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA	HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Hago alguna actividad física todos los días.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tengo a alguien con quien hablar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Duermo suficiente; _____ horas por noche.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE      HEIGHT CM/IN. PERCENTILE      BLOOD PRESSURE

Review of systems       Review of family history

Screening:

	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000 _____	_____	_____
	2000 _____	_____	_____
	1000 _____	_____	_____
	500 _____	_____	_____

Vision Screen      R 20/ \_\_\_\_\_      L 20/ \_\_\_\_\_

Development	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	_____
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Social Emotional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Physical:

General appearance	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Chest	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Skin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diet \_\_\_\_\_

Sleep \_\_\_\_\_

Review Immunization Record

Hgb/Hct \_\_\_\_\_  TB       Dental Referral

Cholesterol

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition/Weight Control       After school supervision

Regular Physical Activity/Sports       Seat Belt

Helmets       Injury Prevention/Safety       Tobacco Use

Drugs/Alcohol       STD/HIV/AIDS

Abstinence/sex education       Peer Pressure

Suicide/Depression       Dental Care       Self Exam

Other: \_\_\_\_\_

Assessment/Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

**NEXT VISIT: 16 YEARS OF AGE**

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (14 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### **Tuberculosis Screen**

Screen for these risk factors:

- Adolescent is in a household with people with tuberculosis or is in close contact with someone with the disease.
- Adolescent is in close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

### **Urinalysis**

Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of urinalysis. Use dipsticks combining the leukocyte esterase and nitrite tests to detect asymptomatic bacteria.

### **Screens for Sexually Active Teens**

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

### **High Risk Behavior**

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



# EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - ADOLESCENCIA: 14 AÑOS

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 14 YEARS  
(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

## ADOLESCENCIA: 14 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL ADOLESCENTE SOBRE SÍ MISMO

NOMBRE DEL NIÑO(A)		FECHA DE NACIMIENTO
ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Hago alguna actividad física todos los días.
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Tengo a alguien con quien hablar.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Duelmo suficiente; _____ horas por noche.
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.		

PESO KG./OZ. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	PRESIÓN SANGUÍNEA
-------------------------	--------------------------	-------------------

Revisión de los sistemas     Revisión del historial familiar

Exploración:

	MHZ	R	L
Audición	4000 _____	_____	_____
	2000 _____	_____	_____
	1000 _____	_____	_____
	500 _____	_____	_____

Vista                      R 20/ \_\_\_\_\_                      L 20/ \_\_\_\_\_

Desarrollo	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	_____
Comportamiento	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	_____
Social/Emocional	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	_____
Salud mental	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	_____

Físico:	N	A		N	A
Apariencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulsaciones/ Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orofaringe/Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manera de caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe anomalías encontradas y comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alimentación \_\_\_\_\_

Sueño \_\_\_\_\_

Revisión del historial de inmunizaciones

Hgb/Hct \_\_\_\_\_  TB (Tuberculosis)  Derivación odontológica

Colesterol

Educación de la salud: (Marcar todo lo discutido/los materiales provistos)

Nutrición/Control de peso     Supervisión después de la escuela

Actividad física regular/Deportes     Cinturón de seguridad

Cascos     Prevención de lesiones/seguridad     Consumo de tabaco

Drogas/Alcohol     ETS/HIV/SIDA

Abstinencia/Educación sexual     Presión de los pares

Suicidio/Depresión     Cuidado dental     Autoexamen

Otro: \_\_\_\_\_

Evaluación/Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS

DERIVACIONES

PRÓXIMA VISITA: 16 AÑOS DE EDAD

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

# Cuidado de la salud a los 14 años

## Indicadores de logros

### Formas de tu desarrollo entre los 14 y 16 años de edad.

Deberías hacerte exámenes del oído y la visión con regularidad. Conversa con el doctor en cada visita sobre tu salud y tu cuerpo. Ahora es el momento para aprender cómo mantenerte sano y qué hacer si estás resfriado, tienes un dolor de oído, o una gripe.

Deberías ver a un dentista cada seis meses. Pregúntale sobre cualquier cambio en tus dientes o esmalte. Debes mostrarle tanto al doctor como al dentista, desgastes en el esmalte de los dientes.

**El desarrollo es individual. Pregúntale a tus padres cuándo ellos se desarrollaron. Es muy probable que te desarrolles a la misma edad que tus padres, no cuando tus amigos se desarrollen.**

## Para ayuda o más información

**Para información sobre la prevención de suicidios, comunícate con:** Línea nacional de ayuda en crisis 1-800-999-9999 o Línea nacional para crisis Boys Town 1-800-448-3000.

**Información sobre la sexualidad en los adolescentes:** [www.teenwire.com](http://www.teenwire.com).

**Para información sobre adolescentes homosexuales y lesbianas ponte en contacto con:** PFLAG (Padres, Familiares y Amigos de Lesbianas y Homosexuales) [www.pflag.com](http://www.pflag.com) o 202-467-8180.

**Para trastornos de alimentación ponte en contacto con:** [www.allabouteatingdisorders.com](http://www.allabouteatingdisorders.com).

**Para información sobre transición de salud para adolescentes con necesidades especiales de salud/incapacidades:**  
<http://depts.washington.edu/healthtr/>

## Actividades saludables que puedes hacer

Has ejercicio, además de las clases de educación física de la escuela es importante. Esto debe ser un hábito diario, como cepillarte los dientes.

Una nutrición saludable es importante. Necesitas ciertos alimentos para desarrollarte durante tu adolescencia. Puedes producirle un daño muy grande a tu cuerpo si haces dieta.

Si te preocupa tu peso, consúltalo con tu doctor. Hay tablas representativas que indican correctamente tu peso de acuerdo a tu altura. A esta edad, las dietas para perder peso sólo deben hacerse con la supervisión de un doctor o una enfermera. La mejor manera para perder peso es hacer ejercicio, comer sano y menos bocadillos.

Un adolescente puede ser muy sensible emocionalmente. Esto es parte del proceso de desarrollo. Puedes aprender a controlar el estrés y el enojo. Puedes tomar una clase con un amigo o tus padres para adquirir habilidades para resolución de conflictos.

Todos nos sentimos deprimidos en algún momento. Esto es un problema serio si dura más de dos semanas. Si tú, o alguien que conozcas tiene varios de los siguientes síntomas, consulten con un doctor o consejero.

- Cambios notables en hábitos alimenticios o para dormir. Aumentan o pierden peso. No pueden dormir o duermen todo el tiempo.
- Cambio drástico de la personalidad, o comportamiento rebelde, violento, inexplicable o inusualmente severo.
- Aislamiento de la familia o amistades, fugas del hogar, siempre está aburrido y/o tiene dificultad para concentrarse y/o apariencia inusual de descuido.
- Abuso de droga y/o alcohol.
- Caída inexplicable de la calidad del trabajo escolar.
- Concentración en temas sobre la muerte, regalar objetos personales de valor.
- Conversación sobre suicidio, amenazas o planes de suicidarse, aún bromeando, o intento de matarse a sí mismo o a otros.

## Consejos de seguridad

Uso de elementos de seguridad, cascos, almohadillas y cinturones de seguridad. Es de adultos hacerlo. Recuérdaselo a tus amigos.